
ENEMA BARITADO COM DUPLO CONTRASTE, FALSO POSITIVO PARA NEOPLASIA MALIGNA DE CECO — RELATO DE DOIS CASOS

LUIZ TAGLIOLATTO JR., FSBCP
CARLOS A. S. MURARO
CIRILO LUIŠ P. M. MURARO
JOÃO R. LIMA NETO
CARLOS E. M. SILVA

TAGLIOLATTO JR. L, MURARO CAS, MURARO CLPM, LIMA NETO JR, SILVA CEM – Enema baritado com duplo contraste, falso-positivo para neoplasia maligna de ceco – Relato de dois casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1987; 7(3): 111-113

RESUMO: Os autores sugerem ser o ceco região anatomicamente susceptível de apresentar imagem “falso-positivo” para neoplasia maligna do ceco, no enema baritado com duplo contraste. Dois casos são apresentados e são comentadas as etiologias e indicações para colonoscopia.

UNITERMOS: ceco; enema baritado; neoplasia maligna cecal; colonoscopia.

Dispõem-se atualmente de dois métodos radiográficos para o exame do cólon. O exame com contraste único e o enema baritado com duplo contraste. Reservamos o primeiro apenas para situações de emergência.

Eletivamente preferimos o duplo contraste por enema baritado, realizado pela primeira vez, na década de vinte, por *Fisher* e popularizado por *Welin*, devido aos bons resultados obtidos na detecção de pequenas lesões.

A especificidade para diagnóstico de neoplasia de cólon através de enema de bário com duplo contraste é de cerca de 99%, sendo falso-positivo um achado raro.

Apresentamos a seguir dois casos falso-positivos para neoplasia de ceco.

Caso n.º 1

ECZ, sete anos, feminina, branca, com história de abaulamento em hipogastro, com aumento progressivo, notado pela mãe, havia quatro meses. A criança não

apresentava queixas. Negava dor e mudança de hábito intestinal.

Encontrava-se em bom estado geral, ativa e afebril. Ao exame físico constatava-se abdômen abaulado na região hipogástrica e dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita. Não havia massa palpável. Exames laboratoriais dentro dos limites de normalidade. Ecografia abdominal, trânsito intestinal e urografia excretora inconclusivos.

Enema opaco com duplo contraste (Téc. de *Fisher-Welin*) mostrou imagem de subtração a nível de ceco (*Fig. 1*).

Realizada laparotomia exploradora, encontrou-se adenopatia mesentérica do íleo terminal e processo aderencial peri-apendicular. Não se constatou presença de tumor à palpação do ceco. Procedeu-se, então, a apendicectomia, cecotomia com exploração da mucosa cecal, a qual se apresentou com aspecto normal e biopsia de linfonodos do mesentério de íleo terminal.

O exame histopatológico revelou apêndice cecal com intensa hiperplasia linfóide e pequenos focos de microabscessos ao nível da parede e gânglios linfáticos com hiperplasia linfo-reticular. Não havia atipia em todo o material examinado.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório, exceto por abscesso da parede abdominal, que foi rapidamente resolvido.

Caso n.º 2

A.M., sexo masculino, branco, 72 anos, internado em nosso serviço com história de fraqueza e emagrecimento há cinco meses. Negava antecedentes de anemia ou hemorragias. Referia inapetência. Ao exame físico encontrava-se com mucosas intensamente descoradas, emagrecido e sem massas palpáveis em abdome.

Hipótese diagnóstica de síndrome neoplásica. Não apresentava sinais de metástases. Exames laboratoriais: Htc 35 e Hb 7,5. RX contrastado de esôfago, estômago e duodeno sem alterações.

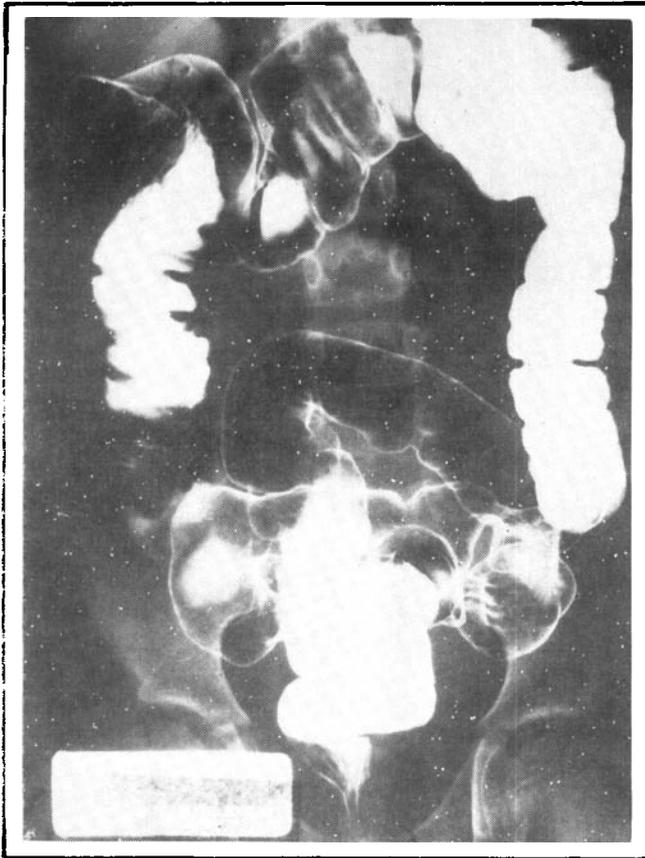


Fig. 1A - Enema opaco com duplo contraste (panorâmica).

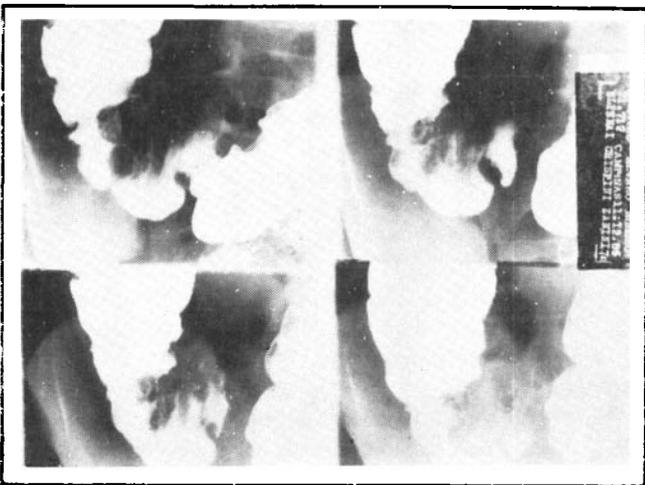


Fig. 1B - Enema opaco com duplo contraste (detalhe do ceco).

Enema opaco (Téc. Fisher-Welin) mostrou imagem de subtração a nível de ceco com superfície irregular, sugestivo de neoplasia de ceco (Fig. 2). Paciente necessitou, para correção da anemia, de várias hemotransfusões. Não foi realizada colonoscopia.

Paciente foi submetido a cirurgia (laparotomia exploradora) em que não se constatou massa a nível de ceco, que se apresentava aderido lateralmente à parede abdominal, provocando deformidade do órgão. Paciente evoluiu bem no pós-operatório.

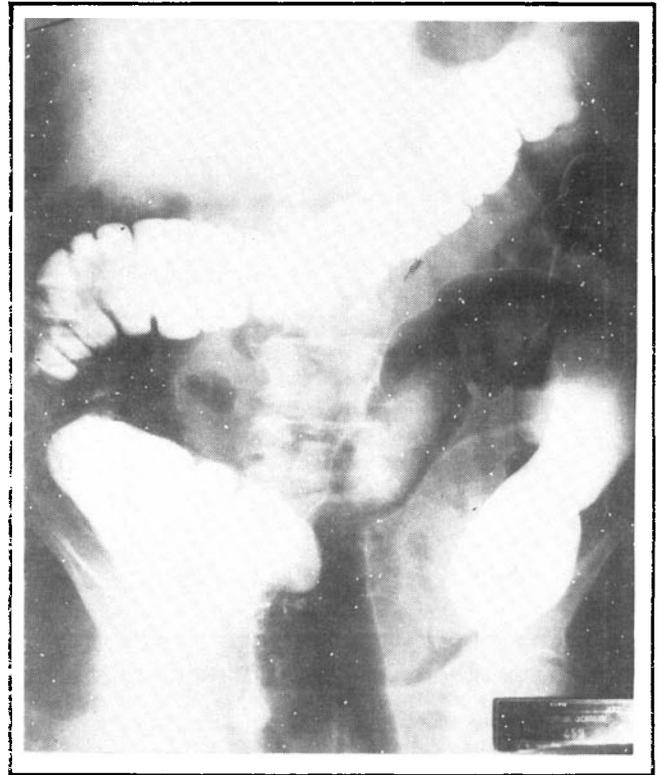


Fig. 2A - Enema opaco (panorâmica).

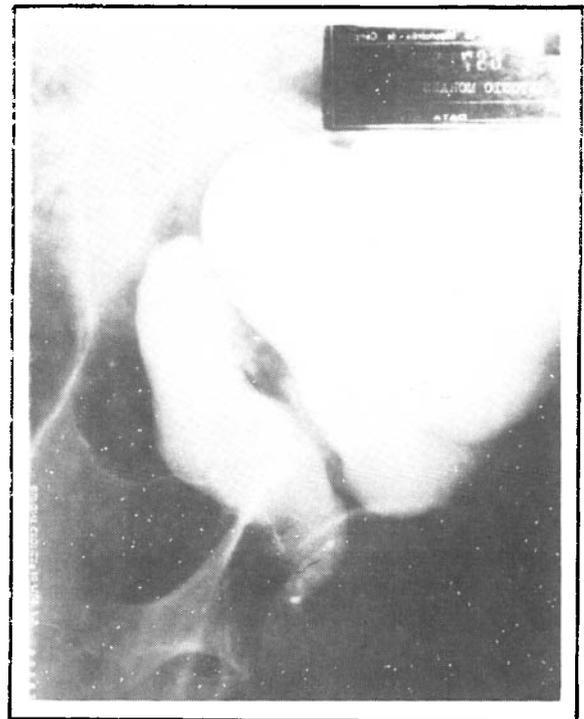


Fig. 2B - Detalhe do ceco.

DISCUSSÃO

A técnica do contraste único tem uma taxa relativamente alta de resultados falso-positivos. Já a sensibilidade potencial do exame por enema baritado com duplo

contraste, tecnicamente adequado para a detecção de câncer colônico, está perto de 99%².

A causa de falso-positivo nestes casos é objeto de especulação. Massas extrínsecas, tumores benignos (pólipos), cólon mal preparado, intussuscepção do íleo terminal através da válvula íleo-cecal, bridas, aderências ou má técnica na execução do exame devem ser considerados.

Apendicite aguda também pode apresentar imagem de subtração a nível cecal, como mostrou Schisgall¹ em interessante trabalho em que forneceu refeições baritadas a 299 crianças com suspeita de apendicite. Encontrou três tipos de imagem radiológica da região ceco-apendicular.

A - Apêndice cecal contrastado totalmente em 63 crianças (28%), as quais não apresentavam apendicite.

B - Apêndice cecal parcialmente contrastado em 52 crianças (22%), quatro das quais tinham apendicite e seis, cólica apendicular.

C - Não visualização do apêndice em 110 crianças (ou 49%), das quais 46 apresentavam apendicite. Vinte e uma delas apresentavam também evidência de compressão extrínseca do ceco. Dezoito crianças submetidas imediatamente a apendicectomia, após demonstração de massa sobre o ceco e comprovada apendicite aguda, apresentaram flegmão ou abscesso pericecal.

Os achados radiográficos de não visualização do apêndice e compressão extrínseca sobre o ceco são considerados patognômicos de apendicite aguda e devem propor imediatamente intervenção cirúrgica.

A paciente do caso 1, no entanto, não apresentava clínica de apendicite ou hemograma de padrão infeccioso e no intra-operatório não revelou abscesso ou flegmão pericecal. O apêndice cecal não foi visualizado, porém apenas 80% dos apêndices normais são contrastados por refeição de bário ou enema baritado.

A não contrastação do apêndice cecal não significa patologia do mesmo.

Consideramos que talvez pelas suas características anatômicas o ceco seja local susceptível à falso-positividade do enema baritado para neoplasia.

Ainda não foram estabelecidos os papéis relativos do estudo por enema baritado e pela colonoscopia. Estes dois exames não competem entre si. Pelo contrário, são complementares. Muitas vezes os resultados deles são conflitantes, casos em que se deve repetir um deles.

Consideramos que a colonoscopia deve ser um exame secundário, nos serviços onde o exame com duplo contraste com técnica adequada se realiza de rotina, devendo ser utilizada para biopsiar lesões suspeitas, realizar polipectomia de pólipos acessíveis e para esclarecer outras anormalidades ou áreas não vistas com o enema de bário. A colonoscopia em nosso serviço é empregada quando indicada, após avaliação clínica, retossigmoidoscopia e

enema de bário, especialmente se a radiologia não resolve o problema clínico ou não demonstra uma lesão possível ou segura que requeira biópsia.

No entanto, alguns autores preconizam apenas a colonoscopia. A taxa de erro da colonoscopia ulterior pode reduzir-se, caso se utilize um enema baritado de duplo contraste.

Estudos comparativos entre enema baritado com duplo contraste e a colonoscopia mostram índices de acerto, respectivamente, de 82% e 97%².

Perde-se mais tempo e são maiores os gastos com a colonoscopia, além do que apenas uma porcentagem dela atinge o ceco, que é um dos locais considerados cegos ao colonoscópio, juntamente com a região proximal à válvula de Houston, cólon sigmóide e ângulo hepático e esplênico.

A colonoscopia é contra-indicada após infarto agudo do miocárdio recente (causa arritmia), em qualquer forma aguda de enfermidade colônica e deve ser realizada com extremo cuidado (pelo risco de perfuração) nas lesões por irradiação.

É pouco aconselhável em estados infecciosos reconhecidos. Na enfermidade diverticular e nas estenoses pode ser particularmente difícil. O mesmo é válido para as aderências operatórias³.

Deve-se ainda considerar, na indicação da colonoscopia, a possibilidade de complicações sérias e mortalidade. Pode, no entanto, evitar a laparotomia diagnóstica em muitos casos.

Respeitando as contra-indicações já mencionadas, consideramos a colonoscopia como exame de indicação absoluta quando diante da imagem radiológica sugestiva de neoplasia de ceco, na tentativa de descartar um falso-positivo.

TAGLIOLATTO JR. L, MURARO CAS, MURARO CLPM, LIMA NETO JR, SILVA CEM - False positive. Barium enema with double contrast, to malignant of cecum. Report of two cases.

SUMMARY: The authors suggest to be the cecum an anatomic region that can exhibit false positive tumor of the cecum in the barium enema with double contrast. Two cases are presented and are commented the etiology and indication for colonoscopy.

KEY WORDS: cecum; barium enema; malignant of cecum; colonoscopy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schigall RM. Use of the barium swallow in the diagnosis of acute appendicitis. *Am J Surg* 1983; 146: 663-67.
2. Schwartz SI, Ellis H. *Maingot operaciones abdominales*. 8.ª ed., Argentina, Ed. Méd. Panamericana, 1986; 1: 45-66.
3. Tood IP. *Cirurgia de cólon, recto y ano*. 3.ª ed., Argentina, Ed. Méd. Panamericana, 1983: 19-23.

Endereço para correspondência:
Luiz Tagliolatto Jr.
Av. Nossa Senhora de Fátima, 1.128
Bloco Q - ap. 12
Bairro Taquaral - Campinas - SP